

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

218
N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PRÉSENTÉE PAR

Isaac LÉON

Né à Giurgiu (Roumanie), le 6 Mars 1880

Docteur en Médecine de la Faculté de Bucarest

LE DÉCLANCHEMENT
MÉDICAL DU TRAVAIL

Président : Monsieur A. BRINDEAU, Professeur

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1932

T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

PRÉSENTÉE PAR

Isaac LÉON

Né à Giurgiu (Roumanie), le 6 Mars 1880

Docteur en Médecine de la Faculté de Bucarest

LE DÉCLANCHEMENT MÉDICAL DU TRAVAIL

Président : Monsieur A. BRINDEAU, Professeur

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1932

Doyen.....

BALTHAZARD.

I. — Professeurs.....

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et Histoire naturelle médicale ..
Pathologie et Thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique.....
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie

MM.
ROUVIÈRE
GRÉGOIRE
BINET
STROHL
DESGREZ
LEMIERRE
BRUMPT
BAUDOIN
CLERC
LENORMANT
ROUSSY
CHIAMPY
TIFFENEAU
LOEPER
TANON
BALTHAZARD
LAIGNEL-
LAVASTINE

Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie et thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique.....
Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Professeur sans chaire

FIESSINGER
Maurice VILLARET
CARNOT
BEZANÇON
ACHARD
MARCEL LABBE
LEREBoullet
NOBECOURT
H. CLAUDE
GOUGEROT
GUILLAIN
TEISSIER
DELBET
CUNEO
LEJARS
GOSSET
TERRIEN
LEGUEU
COUVELAIRE
BRINDEAU
JEANNIN
J.-L. FAURE
OMBREDANNE
RATHERY
LEMAITRE
PIERRE DUVAL
LÉON BERNARD
SERGENT
MAUCLAIRE
MULON

II. — Agrégés en exercice

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiâ-
trie.
AUBERTIN... Pathologie médicale.
BÉNARD Henri Pathologie médicale.
BROCC..... Pathologie chirurgicale
BRULE..... Pathologie médicale.
BUSQUET..... Pharmacologie.
JADENAT..... Pathologie chirurgicale

MM.

CATHALA..... Pathologie médicale.
CHABROL..... Pathologie médicale.
CHAILLEY.....
BERT. Physiologie.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.
DONZELOT.... Pathologie médicale.



MM.

ÉCALLE.....	Obstétriq
FEY.....	Urologi
GASTINEL....	Bactériologie.
GATELLIER..	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale
HAZARD.....	Pharmacologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUGUENIN...	Anatomie pathologique.
HUTINEL....	Pathologie médicale.
JOANNON....	Hygiène.
LABBE HENRI	Chimie biologique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MILLOT.....	Histologie.

MM.

MONDOR.....	Pathologie chirurgicale
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale
MOURE.....	Pathologie chirurgicale
OBERLING...	Anatomie pathologique
OLIVIER.....	Anatomie.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale
RICHET, FILS	Physiologie.
SANNIÉ.....	Chimie biologique.
SEZARY.....	Dermatologie et syphi- lographie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL..	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

GUENIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX....	Obstétrique.
LEROUX.....	Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-	
LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERRER...	Histologie.
ZIMMERN....	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI.....	Clinique médicale.
CHIRAY.....	Clinique médicale.
DEBRÉ.....	Clinique médicale.
DUVOIR.....	Clinique médicale.
BASSET.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU...	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.

MATHIEU....	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT....	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ..	Clinique chirurgicale.
LE LORIER..	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL.	Clinique obstétricale.
METZGER....	—

V. — Chargés de cours

MM.

MAUCLAIRE, professeur sans	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique
Chaire.....		chez l'adulte pour les accidentés du travail,
FREY.....		les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
CHAILLEY-BERT, Agrégé.....		Stomatologie.
LEDoux-LEBARD.....		Education physique.
WEILL-HALLE.....		Radiologie clinique.
		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MES CHERS DISPARUS

A MES AMIS

A MONSIEUR RAOUL GUNSBURG

Officier de la Légion d'Honneur

AUX MIENS

A MON GRAND MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BAR

Commandeur de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine de Paris

Professeur Honoraire de la Faculté de Médecine de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR G.-H. ECALLE

Titulaire de la Croix de Guerre .

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Accoucheur de l'Hôpital Boucicaut

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. BRINDEAU

Officier de la Légion d'Honneur

Officier d'Instruction Publique

Professeur de Clinique Obstétricale

à la Faculté de Médecine de Paris

Chef de Service de la Clinique Tarnier

A MÈS MAITRES

Obstétrique

MONSIEUR LE DOCTEUR L. DEVRAIGNE

*Commandeur de la Légion d'Honneur
Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière*

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL LEQUEUX

*Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier d'Instruction Publique
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris*

Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL BRULÉ

*Officier de la Légion d'Honneur
Médaille des Epidémies
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Tenon*

Chirurgie

MONSIEUR LE DOCTEUR J.-L. ROUX-BERGER

*Chevalier de la Légion d'Honneur
Chirurgien de l'Hôpital Tenon
et de la Fondation Pierre-Curie*

MONSIEUR LE DOCTEUR F. DE GAUDART D'ALLAINES

*Titulaire de la Croix de Guerre
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux de Paris*

LE DÉCLANCHEMENT MÉDICAL DU TRAVAIL

Limitation du sujet

La nécessité de mettre fin à la grossesse n'est pas très rare en pratique obstétricale.

Nous n'aurons pas à envisager les cas où l'indication se pose loin du terme, le procédé que nous allons décrire n'ayant aucune valeur, aucune efficacité en dehors du terme.

Nous ne nous occuperons non plus des cas où l'indication se pose d'urgence, la vie de la femme étant en danger imminent : placenta prævia, éclampsie, décollement du placenta, etc... Là, les méthodes rapides obstétricales ou chirurgicales sont seules de mise.

Nous nous bornerons aux cas, encore assez fréquents, dans lesquels, à terme ou tout près du terme, il y a intérêt soit pour la mère, soit pour l'enfant, à provoquer l'accouchement par les voies naturelles.

Dans ces cas, qui seront précisés au chapitre des indications, nous estimons préférable d'employer un

procédé médical, simple, inoffensif, parfaitement efficace, qui sera le sujet de notre travail.

Nous nous tiendrons exclusivement à un point de vue pratique, le seul but que nous pouvons poursuivre avec nos faibles ressources étant de contribuer à répandre la connaissance de ce procédé parmi les praticiens.

Mais dans l'orientation actuelle, entièrement chirurgicale de l'Obstétrique, un procédé purement médical a peu de chances de trouver du crédit. Qu'il nous soit donc permis, en manière de justification, de reproduire ici un passage de la belle leçon d'ouverture faite par notre Maître, Monsieur le Professeur Brindeau, le 18 novembre 1922, à la Clinique Tarnier.

« Messieurs, lorsque j'étais comme vous sur les
« bancs de cet amphithéâtre, nous n'entendions parler
« que de forceps, versions, embryotomies ; vos prédéces-
« seurs directs ont vu M. Bar vanter les bienfaits de la
« césarienne ; vous m'entendrez souvent parler d'opé-
« rations sanglantes ! Quel sera le langage de mes suc-
« cesseurs ? »

« Très probablement il aura changé de sens. A ce
« moment les accoucheurs seront peut-être devenus des
« médecins. »

Le déclanchement artificiel du travail

Le déclanchement artificiel du travail a de tout temps préoccupé les accoucheurs.

Ignorant le mécanisme physiologique du déclanchement spontané, ils se sont évertués à trouver les moyens d'y arriver sans danger pour la mère ni pour le fœtus.

Tout à tour des substances réputées ocytociques ou des instruments d'excitation et de dilatation du col ont été employés.

La quinine, l'ergot de seigle, la bougie de Krause, la tige de laminairë, les dilateurs de Tarnier, de Bossi, les ballons de Tarnier, de Champetier de Ribes et plus récemment les extraits hypophysaires, la rachianesthésie suivie de dilatation manuelle du col, ont connu la vogue et la désuétude ou sont restés, selon les préférences personnelles, dans la pratique de l'un ou l'autre des accoucheurs.

C'est qu'aucun de ces moyens ne s'est pas montré fidèle ; la plupart comportent des risques et même des dangers.

L'idéal serait de trouver quelque chose de similaire

au processus physiologique, à la cause intime qui déclenche le travail spontané.

Malheureusement cette cause est encore inconnue.

Il est cependant certain qu'elle ne tient nullement à la phénoménologie obstétricale banale : maternelle, ovulaire ou fœtale.

La distension utérine par exemple, n'est pas une cause productrice du travail. En effet, l'utérus est beaucoup plus distendu dans certains cas de grossesse gémellaire, de gros fœtus, d'hydramnios.

La gêne, la souffrance du fœtus n'est pas une cause non plus, puisque souvent le fœtus souffre et se meurt sans provoquer l'accouchement.

L'insuffisance placentaire n'est pas en jeu. En effet, dans le décollement du placenta, l'utérus se contracture, se tétanise, mais ne s'ouvre pas.

Enfin, la dilatation du col elle-même n'est pas suffisante pour entraîner le travail : certaines multipares présentent des déhiscences énormes, vraies dilatations, tout en continuant imperturbablement leur grossesse.

M. le Professeur Brindeau en a publié des exemples saisissants.

S'agit-il alors d'une sécrétion endocrine spéciale ?

C'est possible et même probable, mais la preuve n'est pas faite.

Des recherches modernes concordantes, il résulte jusqu'à l'évidence, la multiplicité des relations intimes entre l'hypophyse et le tractus génital. Mais au point de

vue qui nous préoccupe on n'a pas pu obtenir par l'extrait hypophysaire, au cours de la grossesse, que quelques contractions utérines, qui n'ont jamais abouti au déclanchement du travail.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne pouvons pas troubler, *pendant la grossesse*, l'activité merveilleuse de la matrice qui se développe sans s'ouvrir, se contracte sans souffrir. *L'utérus se trouve dans un état d'équilibre physiologique stable qui ne peut être démolé sans porter atteinte à l'œuf ou à l'organisme maternel.*

* * *

Les difficultés rencontrées pour déclancher le travail au cours de la grossesse avaient masqué aux yeux des accoucheurs l'extrême facilité d'obtenir ce même déclanchement à terme.

Il est vrai qu'on n'y avait pas beaucoup pensé, le travail à terme se déclanchant de lui-même.

Ce n'est que tout récemment, par suite des indications spéciales de la grossesse prolongée — mieux connue — ; par suite aussi d'observations fortuites, qu'on s'est aperçu de cette facilité.

Jusqu'à ces temps derniers, provoquer le travail signifiait la pose d'un excitateur de Tarnier ou d'au moins un ballon de Champetier de Ribes en arrière de l'orifice interne du col. C'est dire l'aversion du praticien pour cette espèce d'intervention ; c'est dire l'im-

possibilité de ne la mettre en exécution que dans les cliniques de maternité et dans les hôpitaux.

Il est par conséquent d'un intérêt pratique considérable de savoir que les moyens qui jusqu'à tout à l'heure, durant la grossesse, étaient incapables d'influencer de façon satisfaisante la musculature utérine, acquièrent à terme ou tout près du terme une puissance insoupçonnée et deviennent parfaitement capables de déclancher le travail.

Quelque chose de plus : ce ne sont pas les moyens mécaniques, brutaux, dangereux qui acquièrent cette efficacité, mais les simples drogues ocytoques, inoffensives qui, par suite de changements, probablement humoraux, de l'organisme, agissent avec un succès inattendu sur la contractilité utérine.

Aussi, un gros ballon placé dans le segment inférieur pourra être expulsé sans aucun bénéfice, tandis qu'une purge huileuse et quelques cachets de quinine administrés par voie buccale, provoqueront rapidement l'accouchement.

Nous n'essayerons pas d'expliquer : les savants les plus autorisés ne peuvent pas encore expliquer, nous nous contenterons d'enregistrer les constatations faites et confirmées par les meilleurs auteurs.

L'extrait d'hypophyse qui, nous l'avons vu plus haut, ne donne au cours de la grossesse que quelques contractions sans suites, réussit, à lui seul, à déclancher le travail à terme — dans 35-60 % des cas chez les pri-

mipares, dans 60-80 % des cas chez les multipares, dans 90-100 %, des cas de rupture prématurée des membranes.

Si l'on fait procéder la piqure d'extrait hypophysaire par une bonne dose d'huile de ricin, le pourcentage des succès monte chez la primipare à 75 % et si l'on ajoute un ou deux cachets de quinine, ce pourcentage est de 85 % (Voir J.-L. Wodon, Rapport au Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, Bruxelles, Octobre 1929).

Même constatation pour les sels de quinine. Leur action sur la fibre utérine au cours de la grossesse est nulle ou presque.

Les accoucheurs qui ont eu à traiter des paludiques gravides, savent bien qu'on peut impunément leur donner des doses très élevées de quinine, soit *per os*, soit par piqures intramusculaires ou veineuses.

Ce sont au contraire les paludiques non traitées ou insuffisamment traitées qui font de fausses couches.

La fièvre palustre est aussi grande avorteuse que la syphilis.

Dans la Physiologie Obstétricale, M. Vignès cite à ce sujet les constatations concordantes de Burdel.

Nous pouvons apporter notre modeste confirmation, grâce à vingt années de pratique des accouchements en pays éminemment palustre.

Pourtant, à terme, les sels de quinine précédés par l'huile de ricin donnent les meilleurs succès dans le déclenchement du travail. Williamson publie plus de

trois cents cas avec 46 % de succès et dans nos observations nous nous sommes bornés souvent à leur simple emploi.

Une conclusions s'impose : le bel équilibre utérin stable, que nous avons constaté pendant la grossesse n'existe plus à terme.

Nous ignorons ce qui s'est passé dans l'organisme de la femme enceinte, aussitôt qu'elle s'est approchée du terme, mais nous constatons qu'à terme, *l'utérus se trouve dans un état d'équilibre physiologique instable; une incitation plus ou moins forte de la contractilité musculaire suffit pour déclencher le travail.*

* * *

Parmi les substances capables de produire cette incitation, on ne s'adressera guère à celles qui mettent la musculature utérine en contracture, comme l'ergot de seigle, par exemple.

On choisira celles qui la disposent à des contractions quassi péristaltiques, favorables à l'accouchement.

Aussi les expérimentateurs les plus qualifiés se sont adressés à l'hypophyse, aux sels de quinine, voir même à l'huile de ricin. D'autres ont associé l'action pharmacodynamique de ces divers produits et après quelques tâtonnements, un procédé éclectique s'est fait jour qui assure aux primipares, aussi bien qu'aux multipares un pourcentage de succès tout proche de 90 %.

C'est ce procédé que nous avons vu employer dans

le service de notre Maître M. Ecalte, à la Maternité de l'Hôpital Tenon où toutes nos observations ont été prises.

C'est sur ce procédé que M. Hauch, Professeur à l'Université de Copenhague, s'exprime dans une Leçon du Jeudi soir à la Clinique Tarnier en affirmant : « Ce « procédé purement médical sera le procédé de l'avenir, « parce qu'il est la méthode qui se rapproche le plus de « l'accouchement naturel et comprend le minimum de « danger pour la mère et l'enfant ».

Mais avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis d'insister sur cette notion peu connue d'équilibre physiologique instable de l'utérus à terme ou tout près du terme.

C'est grâce à cette notion que peuvent rentrer en thérapeutique obstétricale les ocytociques inoffensifs longtemps bannis à cause de leur inconstance, de leur insuffisance.

En réglant leur action, en précisant leurs indications, on a réussi à obtenir tout le rendement qu'ils sont en état de fournir.

Et il n'est pas indifférent à l'accoucheur et spécialement au praticien, d'avoir à prescrire quelques drogues au lieu d'ouvrir de force la matrice.

Il n'est pas indifférent surtout à la femme gravide qui doit accoucher.

Technique

La technique varie un peu d'un accoucheur à l'autre.

Nous allons décrire une seule, simple et efficace : celle employée dans le service de M. Ecalle.

Après avoir posé l'indication précise, on commence par administrer 40 grammes d'huile de ricin et on attend l'effet purgatif.

Immédiatement après on donne un cachet de 50 centigrammes de chlorhydrate de quinine.

Une demi-heure après, un deuxième cachet de la même dose et une demi-heure plus tard, le troisième et dernier cachet.

Ensuite et toujours à 30 minutes d'intervalle, on fait deux piqûres sous-cutanées d'extrait hypophysaire de 1/5 cmc et de 1/3 cmc, d'une ampoule dont le contenu par cmc représente la moitié du lobe postérieur de l'hypophyse de bœuf. Ces ampoules se trouvent facilement dans le commerce pharmaceutique.

Les contractions douloureuses apparaissent promptement, elles deviennent bientôt fréquentes et aboutissent rapidement à la dilatation.

Le travail est déclenché ; il suivra son cours normal comme s'il s'était déclenché spontanément.

Parfois le travail part dès le deuxième ou troisième cachet de quinine, il est alors inutile de faire les piqûres d'hypophyse.

Voici un tableau qui résume la méthode et qui peut servir de prescription en clientèle, où le médecin confiera l'exécution à une sage-femme, à une infirmière, ou même à quelque personne intelligente de l'entourage de la parturiente.

Huile de ricin : 40 grammes

Immédiatement après purgation :

*Chlorhydrate de quinine, un cachet :
50 centigrammes.*

Une demi-heure après

Deuxième cachet (même dose).

Une demi-heure après

Troisième cachet (même dose).

Une demi-heure après

*Piqûre sous-cutanée : 1/5 cmc Extrait
d'hypophyse.*

Une demi-heure après

*Deuxième piqûre : 1/3 cmc Extrait d'hypo-
physe.*

Durant ce traitement la femme gardera le lit

Sur 12 cas dans lesquels nous avons appliqué la méthode, il n'y a eu aucun échec.

D'ailleurs l'insuccès est l'exception et, le cas échéant, il n'y a aucun inconvénient à recommencer le même traitement un jour plus tard.

* * *

L'effet ocytocique de la quinine si brillant soit-il pour déclancher le travail, n'est pas un panacé de toutes les difficultés de celui-ci.

Si l'accouchement étant en train une difficulté imprévue survient, on la traitera selon les règles de l'art.

A conditions égales le travail déclanché ne sera ni meilleur ni pire que le travail spontané et le pourcentage d'interventions obstétricales restera sensiblement le même.

Même remarque pour l'extrait hypophysaire.

Pour ce dernier, la littérature obstétricale moderne est pleine de discussions contradictoires.

Nous n'avons pas à prendre position dans ces discussions.

En effet, elles se rapportent plutôt aux indications ou contre-indication du produit, comme écbolique, dans les différentes phases de l'accouchement et de la délivrance.

Influence de la multiparité

Dans l'application du procédé que nous décrivons on constate une différence nette entre les primipares et les multipares.

Chez celles-ci le déclanchement est plus prompt et plus facile à obtenir.

Souvent l'huile de ricin suivi d'un ou deux cachets de quinine suffit.

Chez celles-là, par contre, il faut presque toujours pratiquer les piqures d'hypophyse après avoir administré la purge et la quinine.

Le nombre des insuccès, quoique minime, chiffre presque exclusivement chez les primipares.

Les recherches de tous les auteurs sont concordantes à ce sujet et nous avons vu plus haut les statistiques publiées au Congrès de Bruxelles, nettement plus favorables pour les multipares que pour les primipares.

On pourrait se demander quelle est la cause de cette différence, est-ce une résistance réelle à l'effet ocytotique du traitement ? ou n'est-ce qu'une apparence due au processus physiologique plus lent, plus long chez la primipare que chez la multipare ?

La réponse reste en suspension jusqu'au moment où on sera plus éclairé sur le mécanisme du déclanchement normal.

Indications

Au premier abord il semblerait bien que les indications du déclanchement du travail à terme soient tout à fait exceptionnelles.

En réalité, sans être très fréquentes, elles ne sont pas rares.

Trois indications majeures :

- 1) Les grossesses prolongées ;
- 2) La rupture prématurée des membranes à terme ;
- 3) L'excès de volume probable du fœtus.

Ensuite une série d'autres indications qui se précisent au fur et à mesure que la méthode devient plus connue.

Le Professeur Hauch de Copenhague l'emploie pour des bassins rétrécis avec 70 % de succès.

Nous l'avons employée deux fois pour des bassins légèrement touchés.

Monsieur Roger FOURNIER de Clermont-Ferrand, l'emploie, un peu avant terme, pour ces mêmes indications, ainsi que pour Pyelonéphrite gravidique irréductible.

Il est probable que d'autres accoucheurs lui ont trouvé d'autres applications mais la littérature, du moins la littérature française, n'en parle pas encore.

Nous allons discuter chacune de ces indications

Les grossesses prolongées

Dans ces dernières années les observations concernant les grossesses prolongées se sont multipliées et ont atteint un nombre considérable.

On ne discute plus leur existence, on précise leurs formes cliniques, on cherche à expliquer leur processus physiologique ou pathologique.

On leur assigne deux modalités évolutives différentes.

Dans un certain nombre de cas, le fœtus ne semble pas incommodé par la prolongation de sa vie utérine. Il grandit, son poids augmente. C'est plutôt la mère qui est gênée par le développement de son ventre. Parfois elle accuse un peu de malaise, de lourdeur, d'œdème des jambes. Ces grossesses finissent généralement bien. Toutefois, le fœtus grandit souvent assez pour constituer une cause de dystocie.

Dans d'autres cas au contraire, le ventre ne grossit plus. La femme a des douleurs abdominales et lombaires qui vont jusqu'à une ébauche du travail. Elle demande l'accoucheur, la sage-femme ou se présente à la Maternité. Mais bientôt tout s'apaise, et la grossesse continue. C'est une *fausse alerte* caractéristique.

Dans ces cas, souvent le placenta vieillit, devient insuffisant, le fœtus souffre, sa vitalité baisse, ses mouvements faiblissent et la grossesse finit par la mort de l'enfant *in utero*.

Il faut retenir le phénomène de *fausse alerte*. Nous le trouverons dans la plupart de nos observations.

Il paraît se produire au terme normal de la grossesse, comme si le travail se mettait en train mais n'aboutissait pas.

Parfois la *fausse alerte* se répète à plusieurs reprises. Chez une de nos malades elle revenait tous les jours.

Dans une Leçon du Jeudi soir à la Clinique Tarnier, Monsieur Metzger, après des développements très intéressants et très documentés, confirme qu'il y a deux façons pour la grossesse de se prolonger.

L'une réelle, physiologique.

L'autre par une sorte de rétention du fœtus vivant, due à ce que le travail s'est imparfaitement déclanché à terme et s'est arrêté pour reprendre à une date ultérieure.

Dans ce dernier cas, Monsieur Metzger constate le phénomène de *fausse alerte* dont nous parlons plus haut et lui donne le nom suggestif de *travail avorté*.

Ce qu'il faut retenir surtout dans ces cas c'est la mort de l'enfant dans la matrice.

Nous ignorons le pourquoi de cet éventualité grave. Nous constatons seulement qu'elle est fréquente et tirons les conséquences thérapeutiques qui en découlent.

Pour nous, toute grossesse prolongée au-delà de 285 jours est passible du déclanchement médical du travail.

S'il s'est produit une *fausse alerte* dans les environs du terme présumé de la grossesse, l'indication devient pressante.

S'il s'agit d'une multipare dont la première grossesse s'étant prolongée s'est terminée par la mort de l'enfant in utéro, ne jamais attendre, déclancher le travail aussitôt à terme.

S'il s'agit d'une femme mal réglée, chez laquelle le calcul n'a aucune valeur et qui n'a pas été examinée et suivie de façon à pouvoir déterminer l'âge de la grossesse, la *fausse alerte* corroborée avec le développement de l'utérus, aideront le diagnostic et poseront l'indication.

Voici une observation de M. le Professeur Brindeau, publiée dans la Leçon citée de M. Metzger.

Mme B..., habituellement bien portante (Wassermann négatif) a une première grossesse. Au 9^e mois, elle a quelques petites douleurs et elle expulse des glaires laissant prévoir un accouchement prochain. Puis les mouvements actifs cessent d'être perçus. Quinze jours plus tard elle accouche d'un enfant mort pesant environ 4 kilogrammes.

A la deuxième grossesse, elle change d'accoucheur, car elle n'était pas très contente du premier qui avait laissé mourir son enfant (car on nous incriminera tou-

jours quand il y aura des accidents). Au 9^e mois, le fœtus commence à s'agiter ; la malade impressionnée par ce qui s'était passé la première fois, demande qu'on provoque l'accouchement. A l'aide d'un ballon on extrait un enfant vivant pesant 3.800 grammes.

A la troisième grossesse, cette dame a quelques regrets et elle fait appel à son premier accoucheur. Suivant la même technique que la première fois, celui-ci laisse dépasser le terme. Il y a un faux travail et huit jours après expulsion d'un enfant mort.

A la quatrième et cinquième grossesses, le premier accoucheur étant mort, cette dame en prend un autre. Prudemment, ce nouvel accoucheur provoque l'accouchement au 9^e mois. Les deux enfants sont vivants et pèsent 4.000 et 4.150 grammes.

La rupture prématurée des membranes

La rupture prématurée des membranes avant tout début de travail, constitue une indication précise du déclanchement médical.

Il n'est pas très rare de voir des femmes à terme ou dans les environs du terme, perdre les eaux sans cause apparente.

Parfois c'est un petit accident ou un petit effort qui sera incriminé. Parfois une insertion basse du placenta déterminera une rupture préventive. La plupart du temps on ne trouve aucune explication plausible.

Depuis que nous connaissons mieux la grossesse prolongée, nous inclinons à penser que cette rupture avant tout début de travail, équivaut à une fausse alerte et constitue peut-être le signe du terme.

Quoi qu'il en soit, pour peu que l'accouchement retarde, l'œuf ouvert est exposé à l'envahissement des germes, le fœtus n'est plus tout à fait à l'aise.

L'accoucheur prudent, bien que désireux de hâter l'accouchement, hésitera à poser un excitateur de Tarnier, un ballon, une bougie ou une tige de laminaire.

C'est le moment ou jamais de faire agir le procédé médical du déclanchement.

Nous publions deux observations particulièrement édifiantes.

Dans la première, la décision s'est laissé trop attendre ; les eaux se sont teintées de vert, le travail déclanché trop tard ne faisait expulser qu'un enfant mort.

Dans la deuxième on agit plus vite : enfant vivant, bieri portant.

Gros enfants

Sans entrer dans des considérations théorétiques sur l'étiologie et la pathogénie, il suffit de dire, à notre point de vue, que chaque fois que le volume croissant du fœtus menace de provoquer une dystocie, il y a lieu de hâter l'accouchement.

L'indication devient tout à fait précise s'il s'agit d'une multipare ayant accouché d'un gros enfant mort avant, pendant ou après le travail.

La difficulté dans ces cas c'est de bien choisir le moment.

En effet, le procédé est d'autant moins efficace que l'on est plus éloigné du terme. Or dans ces cas c'est avant terme qu'il faut agir.

En s'y prenant avec adresse on a toutes les chances de réussir vers huit mois et demi. Avant cette époque on s'exposera à un échec et on sera forcé de recommencer.

* * *

Quelques mots sur les autres indications.

Dans les bassins peu touchés, avec promontoir à peine accessible, quand tout fait prévoir que la tête passera, pourvu que l'enfant ne grossisse pas trop, il est bon de déclancher le travail aussitôt à terme,

* * *

Une de nos malades qui avait fait des poussées de pyélo-néphrite et dont la grossesse se prolongeait bien après terme, n'a pas bénéficié du procédé, parce qu'elle avait ajourné son entrée dans le service. Accouchement spontané d'un garçon vivant de plus de 7 livres, mais que nous avons vu dépérir et mourir 3 jours après sans cause apparente. Il avait été incapable de téter. Était-ce un amoindrissement de sa vitalité dû à la prolongation de la grossesse ? s'était-il plutôt contaminé par le colibacille de sa mère ?

Il y a certainement dans la pyélo-néphrite gravidique une indication de provoquer l'accouchement, quand les poussées se reproduisent dans les environs du terme.

Inconvénients

Comment les femmes supportent-elles ce procédé médical du déclanchement du travail ? Quelle répercussion a-t-il sur les enfants ?

En lisant nos observations on ne trouve aucune mention.

C'est qu'en effet jamais les femmes ne se plaignent du moindre désagrément.

Pour se renseigner sur ce qu'elles ont ressenti, le médecin doit questionner, provoquer les aveux. On apprend alors que la plupart des femmes ont eu quelques bourdonnements d'oreilles, un léger vertige, parfois quelques nausées, mais dès que les douleurs d'accouchement sont devenues plus pressantes, elles ont complètement oublié ces petits ennuis insignifiants.

Nous avons noté une ou deux fois quelque appréhension à accepter le déclanchement, ou plutôt une hésitation à avaler l'huile de ricin, mais généralement c'est au contraire un empressement pour les drogues qui vont mettre en train l'accouchement et amener une heure plus tôt la délivrance.

Contre-indications

Les contre-indications de l'accouchement par les voies naturelles sont aussi des contre-indications pour le déclanchement médical du travail.

Il est évident que chaque fois qu'on peut prévoir des dystocies de cause maternelle ou fœtale, le déclanchement serait une absurdité.

Par conséquent les *viciations du bassin*, les *tumeurs pelviennes*, les *malformations*, l'*atrésie des parties molles*, les *présentations anormales*, constituent autant de contre-indications formelles de cette méthode.

Il est même prudent de ne pas l'employer si l'on peut prévoir des difficultés au cours du travail parce qu'on les reprochera toujours au procédé bien qu'elles soient inhérentes aux conditions anatomo-physiologiques du tractus génital.

Une de nos observations ressemble à un échec à cause d'un œdème du col survenu pendant le travail et qui se serait produit certainement en dehors de toute intervention.

On s'abstiendra aussi chez les *cardiaques*, les *albuminuriques hypertendus*, les prédisposées à des troubles auditifs. Enfin il est inutile d'essayer la méthode loin du terme.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

M. Germaine, N° 1.786, 2^e pare, 32 ans, mariée depuis 5 ans. Toujours bien réglée. Rien à signaler dans ses antécédents.

Première grossesse : D. R., le 17 janvier 1927. Evolution normale jusqu'au 25 octobre 1927. Ce jour-là la femme est prise de douleurs dans son ventre. Elle envoie chercher la sage-femme qui la déclare à terme, mais ne constate aucun début de travail. (*Fausse alerte*).

En effet les douleurs se calment, la parturiente se tranquillise et dort bien toute la nuit. Le lendemain elle reprend sa vie normale. La grossesse continue pendant 21 jours après ce terme.

Le 18 novembre sans aucune douleur et sans cause apparente, la femme perd ses eaux qui sont de couleur jaune-verdâtre. Les pertes persistent 4 jours, les mouvements actifs du fœtus sont perceptibles.

Le 23 novembre, douleurs d'accouchement.

La sage-femme accourue déclare le travail en train, mais demande l'assistance d'un médecin. Celui-ci diagnostique une présentation du siège avec *enfant mort*.

L'accouchement se fait quelques heures après.

Il est suivi d'une fièvre puerpérale grave qui nécessite le transport de la femme à l'hôpital Baujon. Elle y resté deux mois, est soignée par M. Ecalle et quitte en bonne voie de guérison.

Grossesse actuelle : D. R., le 17 janvier 1931. Cette fois la femme vient souvent consulter M. Ecalle à la Maternité de Tenon. On peut donc préciser qu'elle sera à terme le 27 octobre. Cette date se passe sans incident. La femme inquiète revient consulter le 9 novembre, c'est-à-dire 12 jours après terme. M. Ecalle la fait entrer dans le service et décide le déclanchement du travail.

Le 9 novembre, à 18 h., huile de ricin, 40 grammes, selles une heure après.

à 20 h., premier cachet de quinine.

à 20 h. 30, deuxième cachet.

à 21 h., troisième cachet.

Les premières douleurs apparaissent

à 21 h. 30, première piqure d'extrait hypophysaire.

à 22 h., deuxième piqure.

à 23 h., les douleurs sont fortes, la dilatation est à 2 frs.

Le 10 novembre, à 1 h., dilatation petite paume.

à 1 h. 30, rupture spontanée des membranes.

à 8 h., accouchement normal d'un garçon de 4.150 grammes, placenta 600 grammes. Suites de couches normales.

OBSERVATION II

M. Suzanne, 19 ans, primipare. Très petite de taille, mais bien constituée. Règles normales.

D. R., le 26 septembre 1929. Le 31 juillet 1930 elle a des douleurs qui la décident à se présenter à la Maternité de Tenon. On ne lui constate aucun début de travail et d'ailleurs les douleurs disparaissent. (*Fausse*

alerte). Cependant elle est fatiguée, ses jambes et ses bras sont légèrement enflés. Le 9 août, M. Ecalte décide le déclanchement du travail.

Le 9 août, 13 h., huile de ricin 40 grammes.

16 h., premier cachet de quinine.

16 h. 30, deuxième cachet.

17 h., troisième cachet.

La femme fait un frisson et entre en travail.

Le 10 août, 14 h., accouchement d'un garçon vivant de 3.660 grammes. Suites de couches normales.

OBSERVATION III

B. Henriette (N° 1455), primipare bien réglée.

D. R., 5 octobre 1930. Elle attend son accouchement pour le 15 juillet 1931. Cette date se passe sans incident. Un mois après, elle entre à la Maternité de Tenon. On attend jusqu'au 4 septembre et on décide le déclanchement du travail.

A l'examen fœtus assez gros, tête non engagée en OIGT.

Le 4 septembre, à 11 h. 30, huile de ricin 40 grammes.

13 h. 30 premier cachet de quinine.

14 h., deuxième cachet.

14 h. 30, troisième cachet.

15 h., premières douleurs suivies bientôt de douleurs de plus en plus fortes.

La dilatation se fait lentement et ne sera complète qu'après 24 heures. A ce moment la tête est encore dans l'excavation. On fait une application de forceps qui ramène un enfant vivant de 3.850 grammes, délivre 860 grammes. Suites de couches normales.

OBSERVATION IV

G. Ch. (1159), 22 ans, primipare, bien réglée. Rien dans les antécédents.

D. R., le 23 septembre 1930. Un mois après elle commence à souffrir de son ventre spécialement à gauche, à tel point qu'elle se fait soigner à l'Hôtel Dieu de Marseille. On diagnostique : kyste de l'ovaire gauche et grossesse.

Le 4 décembre 1930, on extirpe le kyste par laparotomie médiane et on reconnaît pendant l'opération une grossesse de 2 mois. Celle-ci continue normalement.

Revenue à Paris, la femme est allée consulter, le 24 mars à Lariboisière où M. Devraigne lui confirme son diagnostic et lui dit qu'elle accouchera vers le début de juillet.

Le 16 juillet, elle est prise de douleurs qui s'accompagnent de quelques pertes sanguines : filets et caillots.

Elle se présente à Lariboisière mais on lui affirme que son travail n'est pas commencé et qu'elle a tout le temps de se transporter à l'hôpital de son arrondissement, à Tenon. Elle y arrive le soir même. Les douleurs se sont calmées. (*Fausse alerte*). On ne constate aucun début de travail, mais en raison de ses pertes de sang on la garde dans le service. Le 17 juillet à la visite du matin, tout était rentré dans l'ordre. On décide alors le déclenchement du travail.

Le 17-7-31, 10 h., huile de ricin 40 grammes.

13 h., premier cachet de quinine.

13 h. 30, deuxième cachet.

14 h., troisième cachet.

Les douleurs apparaissent sans aucune perte sanguine, à 23 h., la dilatation est assez avancée.

Le 18-7-31, 2 h., dilatation complète ; la femme pousse mal. Une application de forceps facile ramène un enfant vivant de 2.750 grammes.

Suites de couches normales.

OBSERVATION V

T. Emilienne (1578), 18 ans, primipare bien réglée

D. R., le 9 novembre 1930. Le 19 août 1931, parfaitement à terme, est prise de douleurs et se présente à la Maternité de Tenon. A l'examen : siège, en SIDA, mais on ne trouve aucun début de travail. Les douleurs se calment. (*Fausse alerte*). La grossesse continue jusqu'au 23 septembre, plus d'un mois après terme. On décide alors le déclanchement du travail.

Le 23-9-31, 8 h., huile de ricin 40 grammes.

9 h., premier cachet.

9 h. 30, deuxième cachet.

10 heures, troisième cachet.

10 h. 30, piqure d'extraît hypophysaire.

Quelques minutes après, contractions douloureuses.

A midi, dilatation 2 frs.

A 22 heures dilatation grande paume.

Le 24-9, à 8 heures, extraction d'un garçon mort pendant le travail. Poids 3.670 grammes.

Suites de couches normales.

OBSERVATION VI

F. Germaine (1497), 26 ans, 2^e pare, bien réglée.

La première grossesse s'est terminée 15-20 jours après le terme présumé. Le travail a duré 64 heures sans aboutir à une dilatation complète. On lui a fait deux incisions du col, une application de forceps et une épisiotomie qui n'a pas empêché la déchirure du périnée.

Elle a accouché d'un garçon vivant de 4.250 grammes.

En 1929, périnéographie.

Grossesse actuelle. D. R., le 13 novembre 1930. Elle a senti remuer fin mars 1931. Sa grossesse évolue normalement. Toutefois elle est inquiète à cause de ses cicatricès. Elle entre donc en observation à Tenon le 20-8-31 un ou deux jours avant le terme présumé de son accouchement.

Quelques jours après elle a des douleurs dans les reins mais elles se calment. Vers le 1^{er} septembre, ses jambes s'alourdissent, son ventre grossit excessivement. On diagnostique : gros fœtus avec excès de liquide.

Le 12 septembre, on décide le déclanchement du travail.

Le 12-9-31, 13 h., huile de ricin 40 grammes.

16 h. 30, premier cachet de quinine.

17 h., deuxième cachet.

17 h. 30, troisième cachet.

Les douleurs ne se laissent pas attendre, la dilatation commence.

Le 13-9-31, 1 h., rupture spontanée des membranes.

13 h., dilatation complète.

On fait un forceps et une épisiotomie : garçon vivant de 4.150 grammes. Suites de couches normales.

OBSERVATION VII

R. Irène (1830) 3^e parc, 24 ans, toujours bien réglée. Deux grossesses antérieures normales.

Grossesse actuelle : D. R., le 27 janvier 1931. Evolution normale. Le 9 novembre, donc bien à terme, la femme a des douleurs dans le ventre qui la force à se présenter à la Maternité de Tenon.

A l'examen aucun début de travail. (*Fausse alerte*).

On l'accepté dans le service. *Ses douleurs reviennent chaque jour, plus ou moins fortes, mais se calment sans aboutir au travail.*

Le 21 novembre, on décide le déclanchement du travail.

21 novembre, 18 h., huile de ricin 40 grammes.

20 h., premier cachet de quinine.

20 h. 30, deuxième cachet.

21 h., troisième cachet.

La femme entre en travail, elle perd un peu de sang, la dilatation est à 1 fr.

21 h. 30, première piqûre d'extrait hypophysaire.

22 h., deuxième piqûre.

22 novembre, 5 h., accouchement normal d'une fille pesant 3.420 grammes, délivre 650 grammes. Suites normales.

OBSERVATION VIII

L. Georgette (1172), primipare, 26 ans, toujours bien réglée. Antécédents sans importance. D. R. du 20-23 septembre 1930. La grossesse évolue normalement jusqu'au 17 juillet au matin, quand, au réveil, la femme trouve du sang dans son lit. Elle vient consulter à Tenon.

A l'examen, ventre énorme, tête engagée, fœtus paraissant très gros, pas de douleurs, pas d'effacement du col, petite perte de sang. On décide le déclanchement du travail.

17 juillet, 11 h. 30, huile de ricin 40 grammes.

14 h. 30, premier cachet de quinine.

15 h., deuxième cachet.

15 h. 30, troisième cachet.

La femme a des contractions douloureuses mais la dilatation se fait avec une extrême lenteur.

18 juillet, 4 h., une piqûre d'extrait d'hypophyse. La dilatation progresse jusqu'à 5 frs., les membranes se déchirent spontanément. Le liquide est légèrement teinté de vert ; bruits du cœur normaux.

Le col commence à s'œdématiser, les douleurs sont irrégulières, la dilatation extrêmement lente.

On fait prendre à la parturiente 3 nouveaux cachets de quinine, mais l'œdème considérable du col entrave la dilatation.

Le 19 juillet, 3 h., on décide de terminer l'accouchement. On pratique une incision de la lèvre antérieure du col et l'on fait un forceps en GA., avec épisiotomie. Garçon vivant 3.900 grammes, délivre 650 grammes. Suites normales.

OBSERVATION IX

C. Yvonne (1212) 6^e pare, sans profession. Rien de particulier dans les antécédents.

1^{re} grossesse 1925, fille vivante (forceps).

2^e grossesse 1926, garçon vivant.

3^e et 4^e grossesse 1927, avortements de 3 mois.

5^e grossesse 1928, garçon vivant.

Grossesse actuelle, DR le 27 octobre 1930.

Le 23 juillet, à 17 h., 15 jours avant le terme, sans aucune cause appréciable, la femme perd les eaux. Pas de douleurs. Elle se présente à Tenon et est acceptée dans le service de M. Ecalé.

A l'examen, siège, enfant vivant. Elle reste couchée et continue à perdre de l'eau et des glaires.

Le 26 juillet les eaux se teintent de vert, les bruits du cœur fœtal se ralentissent. On décide le déclanchement du travail.

Le 26-7-31, 8 h., 40 grammes d'huile de ricin.

9 h., premier cachet de quinine.

9 h. 30, deuxième cachet.

10 h., troisième cachet.

Les contractions douloureuses ont apparu dès le premier cachet. La dilatation se poursuit lentement.

Le 27-7, 8 h., accouchement, siège décompleté mode des fesses. Fille de 3.960 grammes; n'ayant pu être ranimée malgré tous les soins.

OBSERVATION X

L. Marcelle (1613), 27 ans, primipare, toujours mal réglée. Très forte, mais anémique.

D. R., le 28 août 1930. Entre à Tenon le 3 octobre 1931 parce qu'elle avait perdu les eaux la veille. Elle est manifestement à terme. On décide le déclenchement du travail.

Le 4 octobre, 10 h., huile de ricin 40 grammes.

11 h., premier cachet de quinine,
suivi toutes les demie-heures d'un 2°
et 3° cachet.

Les contractions douloureuses se produisent dès le deuxième cachet. La dilatation se fait normalement et le 5 octobre à 3 h. 50, elle accouche d'une fille de 3.680 grammes en état de mort apparente, mais pouvant être ranimée. Délivré 630 grammes. Suites normales.

OBSERVATION XI

W. Geneviève (1554), 3° pare. Rien dans les antécédents.

D. R., le 22 décembre 1930. Le 24 septembre 1931, se présente à Tenon.

A l'examen tête haute en OIGT, paraissant au palper mensurateur juste en état de passer, par un détroit légèrement touché. Promontoir accessible au loin, col déhiscent. On décide le déclanchement du travail.

Le 24-9-31, 11 h., huile de ricin.

15 h., premier cachet.

16 h., deuxième cachet.

16 h. 30, troisième cachet.

Les douleurs surviennent promptement suivies de dilatation rapide. A 19 h. 20, accouchement normal d'un enfant de 3.150 grammes, délivre 500 grammes.

Suites normales.

OBSERVATION XII

B. Berthe, N° 1562, 26 ans, primipare.

D. R., le 6 décembre 1930. Entre à la Maternité de Tenon le 18-9-31, donc à terme, pour bassin légèrement touché. Promontoir accessible. Tête mobile en OIGT. Auscultation positive.

Le 24 septembre 1931, il n'y a rien de changé. On décide de ne plus attendre bien que le terme ne soit dépassé que de 8 jours à peine.

Le 24-9-31, 14 h., huile de ricin 40 grammes.

17 h., premier cachet de quinine.

17 h. 30, deuxième cachet.

18 h., troisième cachet.

Quelques minutes après les douleurs apparaissent. Effacement et dilatation lente.

Le 25-9-31, 11 h., dilatation 50 cms, rupture spontanée des membranes. Tête fixée.

18 h., dilatation 5 frs.

22 h. 30, accouchement normal. Garçon pesant 2.980 grammes. Placenta 550 grammes. Suites normales.

CONCLUSIONS

1. L'utérus à terme ou tout près du terme se trouve en état d'équilibre physiologique instable ; une incitation plus ou moins forte de la contractilité musculaire peut déclancher le travail.

2. Cette incitation s'obtient en administrant — per os — 40 grammes d'huile de ricin et 3 doses de 50 centigrammes de chlorhydrate de quinine, suivies de deux piqûres souscutanées de $\frac{1}{5}$ et $\frac{1}{3}$ cmc d'extrait hypophysaire.

3. Cette même incitation n'influence aucunement la contractilité utérine loin du terme.

4. Les grossesses prolongées, la rupture prématurée des membranes, les gros fœtus, constituent les indications majeures du déclanchement médical du travail.

5. Ce déclanchement paraît inoffensif tant pour la mère que pour l'enfant et peut être employé dans la pratique obstétricale courante.

6. Il est contre-indiqué dans tous les cas où une dystocie peut être prévue : viciations du bassin, tumeurs pelviennës, malformations, atrésie des parties molles, mauvaises présentations.

7. Il est contre-indiqué aussi chez les cardiaques et les albuminuriques hypertendus.

Vu : *Le Président de Thèse,*
BRINDEAU.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

P^r le Recteur de l'Académie de Paris
l'Inspecteur :

J. PERRON.

BIBLIOGRAPHIE

- A. BRINDEAU. — *Leçon d'ouverture à la Clinique Tarnier*, dans *Presse Médicale*, N° 6, du 20 janvier 1923.
- C. JEANNIN. — *Connait-on la durée de la grossesse*, dans *Presse Médicale*, N° 32, du 22 avril 1925.
- L. BROUHA et J.-L. WODON. — *Rapports présentés au VI^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française*, Bruxelles, octobre 1929, dans *Gynécologie et Obstétrique*, tome 20, août 1929 (Masson et Cie, Editeurs).
- M. METZGER. — *Les grossesses prolongées* dans *Leçons du Jeudi soir à la Clinique Tarnier*, 3^e année 1926, (Vigot Frères, Editeurs).
- E. HAUCH. — *Considérations sur l'accouchement prématuré provoqué*, dans *Leçons du Jeudi soir à la Clinique Tarnier*, 1930.
- VIGNES. — *Physiologie Obstétricale*.
- V. LE LORIER. — *Mon opinion sur l'emploi des extraits hypophysaires* (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1924, tome 19).
- V. CATHALA. — *De la valeur des extraits hypophysaires au cours de l'accouchement* (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1924).

II. KEIFFER. — *Recherches sur les propriétés contractiles des fibres lisses de l'utérus* (Leçons du Jeudi soir à la Clinique Tarnier, 3^e année, 1926).

Charles SELLET. — *Contribution à l'étude des gestations dites prolongées*, Thèse de Paris, N^o 384, 1913.

Roger FOURNIER. — *Le déclanchement du travail par la quinine associée à l'extrait hypophysaire* (Tou-louse Médical, 15 avril 1931).

